

<記入例>

船橋市保健所

第3号様式

特定給食施設廃止（休止）届

保健所に提出する
年月日を記入

令和〇〇年〇月〇〇日

船橋市保健所長 あて

〒***-****

**設置者（管理者ではありません）に
ついて記入**

※設置者が法人の場合、『（法人の）
主たる事務所の所在地』『法人の名
称』『法人代表者の職名・氏名』『（法
人の）電話番号』を記入

住 所 埼玉県所沢市〇〇—〇〇

設置者 氏 名 社会福祉法人〇〇会

理事長 葛飾 栄

〔 法人にあつては、給食施設の設置者の名称、
主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

電話番号 **-*****-*****

次のとおり給食を廃止（休止）したので、健康増進法第20条第2項後段の規定によ
り届け出ます。

給 食 施 設 の 名 称	社会福祉法人〇〇会 特別養護老人ホーム〇〇 TEL 047-***-****
給 食 施 設 の 所 在 地	〒273-**** 船橋市湊町〇丁目〇番〇号
給 食 を 開 始 し た 年 月 日	令和〇〇年〇月〇日
給 食 を 廃 止 （ 休 止 ） し た 年 月 日	令和〇〇年〇月〇日
廃 止 （ 休 止 ） し た 理 由	廃止（休止）の『理由』を記入

休止の届出をする場合は、
『休止予定期間』を併せて記入

注 給食を休止する場合は、給食を廃止（休止）した年月日の欄に休止の予定期間を併
せて記載して下さい。